

NUEVOS PACIENTES

Todas las alergias a medicamentos y alimentos

| |
|--|
| |
|--|

Todas las enfermedades oculares o traumatismos oculares por los que ha sido tratado

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Todas las cirugías oculares que ha tenido

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Medicamentos oculares actuales

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Condiciones médicas por las que está siendo tratado (diabetes, presión arterial alta, artritis)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Cualquier cirugía que haya tenido

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Haga una lista de todos los medicamentos que toma

| |
|--|
| |
| |
| |

Enumere cualquier historial familiar de enfermedad

| |
|--|
| |
| |
